

.....TER TESTİ MERKEZİNE

Ulusal Neonatal Tarama Programı için alınan kan örneklerinde aşağıda kimlik bilgileri bulunanBEBEK'e ait kan örneği tarama sonucunda şüpheli bulunarak, adı geçen Ter Testinin yapılması ve gereğinde Kistik Fibrozis için gereken değerlendirme ve takibin yapılacağı bir kliniğe yönlendirilmesi için Merkezinize sevki uygun görülmüştür.

Bebek Kimlik Bilgileri:

Adı-Soyadı:.....

Anne Adı:.....

Doğum Tarihi:.....

1. Kan Alınma Tarihi:.....

2. Kan Alınma Tarihi:.....

Tel:.....

Adres:.....

.....

KF Tarama Laboratuvarı sonucu:

Birinci Kan Örneği:.....,

İkinci Kan Örneği:.....

Merkezinize başvuran ve yukarıda kimlik bilgileri bulunan bebeğin tanı ve tedavi bilgilerinin İl Sağlık Müdürlüğüne geri bildirimini yapılması Ulusal Neonatal Tarama Programı'nın takibi açısından büyük önem taşımaktadır. Bu sevk formu arka yüzündeki laboratuvar ve klinik tanı kısmı doldurularak aileye verilmeli ve bir nüshası da yine aile aracılığıyla İl Sağlık Müdürlüğümüze gönderilmelidir.

İlginize teşekkür ederiz.

.....İl Sağlık Müdürlüğü Adres ve Telefonu:

.....

...../...../.....

Dr. Adı ve Soyadı

İmza

.....TER TESTİ MERKEZİNE

Ulusal Neonatal Tarama Programı için alınan kan örneklerinde aşağıda kimlik bilgileri bulunanBEBEK'e ait kan örneği tarama sonucunda şüpheli bulunarak, adı geçen Ter Testinin yapılması ve gereğinde Kistik Fibrozis için gereken değerlendirme ve takibin yapılacağı bir kliniğe yönlendirilmesi için Merkezinize sevki uygun görülmüştür.

Bebek Kimlik Bilgileri:

Adı-Soyadı:.....

Anne Adı:.....

Doğum Tarihi:.....

1. Kan Alınma Tarihi:.....

2. Kan Alınma Tarihi:.....

Tel:.....

Adres:.....

.....

KF Tarama Laboratuvarı sonucu:

Birinci Kan Örneği:.....,

İkinci Kan Örneği:.....

Merkezinize başvuran ve yukarıda kimlik bilgileri bulunan bebeğin tanı ve tedavi bilgilerinin İl Sağlık Müdürlüğüne geri bildirimini yapılması Ulusal Neonatal Tarama Programı'nın takibi açısından büyük önem taşımaktadır. Bu sevk formu arka yüzündeki laboratuvar ve klinik tanı kısmı doldurularak aileye verilmeli ve bir nüshası da yine aile aracılığıyla İl Sağlık Müdürlüğümüze gönderilmelidir.

İlginize teşekkür ederiz.

.....İl Sağlık Müdürlüğü Adres ve Telefonu:

.....

...../...../.....

Dr. Adı ve Soyadı

İmza

..... İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

Ulusal Neonatal Tarama Programı kapsamında Ter Testinin yapılması için Merkezimize sevkle gelen BEBEK'in;

TER TESTİ SONUCU ve REFERANS ARALIĞI:

YÖNLENDİRİLDİĞİ KLİNİĞİN ADI:.....

ADRES ve TELEFONU:

...../...../.....
Dr. Adı ve Soyadı
İmza

(Bu sevk formunun yukarıdaki klinik tanı kısmı doldurularak aileye verilmeli ve bir nüshası da yine aile aracılığıyla İl Sağlık Müdürlüğümüze gönderilmelidir.)

.....Ter Testi Merkezi

Adres ve Telefonu:

..... İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

Ulusal Neonatal Tarama Programı kapsamında Ter Testinin yapılması için Merkezimize sevkle gelen BEBEK'in;

TER TESTİ SONUCU ve REFERANS ARALIĞI:

YÖNLENDİRİLDİĞİ KLİNİĞİN ADI:.....

ADRES ve TELEFONU:

...../...../.....
Dr. Adı ve Soyadı
İmza

(Bu sevk formunun yukarıdaki klinik tanı kısmı doldurularak aileye verilmeli ve bir nüshası da yine aile aracılığıyla İl Sağlık Müdürlüğümüze gönderilmelidir.)

.....Ter Testi Merkezi

Adres ve Telefonu: